DISSERTATION

N° 184.

SUR

L'HERPES ZOSTER;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 5 août 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JOSEPH-JEAN MARIE, de Palluau,

Département de la Vendée.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Président.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Examinateur.* BOYER, *Suppléant.* DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Examinateur.*

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert, *Suppléant.*
Bouillaud, *Examinateur.*	Hatin.
Bouvier, *Examinateur.*	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

MON PÈRE.

J.-J. MARIE.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0006unse_d5n5

DISSERTATION

SUR

L'HERPES ZOSTER.

Herpes *zoster*, de *ερπειν*, *ramper*, et *ζώνη*, *ceinture*, est le nom qu'on donne à une inflammation vésiculeuse de la peau, se développant par plaques successives, en forme de demi-ceinture ou de bande, et toujours accompagnée de vives douleurs. Cette affection, dont *Pline* parle le premier, sans doute parce que les anciens observateurs la confondaient avec d'autres affections cutanées, a été décrite depuis sous différens noms par beaucoup d'auteurs, et rapportée par eux à divers genres de maladies. Ainsi, on lui a appliqué les noms de *feu sacré*, *ceinture de feu*, de *zona*, *érysipèle pustuleux*, etc. Tour à tour on l'a placée dans l'érysipèle, les dartres, les vésicules et les bulles. Aujourd'hui la même dissidence d'opinions existe à son égard, et l'on est aussi embarrassé pour lui donner un nom que pour lui assigner une place; et cependant cette maladie offre des caractères constans et bien tranchés. Comment donc expliquer ce conflit d'opinions? C'est peut-être parce que chacun a considéré au lieu des lésions élémentaires des symptômes accessoires qui, dans certains cas, sont très-développés, et par conséquent frappent plus vivement l'observateur. Ainsi

beaucoup, ne voyant que la rougeur qui accompagne les vésicules, en ont fait un érysipèle; d'autres, frappés du volume qu'acquièrent quelquefois ces vésicules, n'ont pas balancé à le ranger dans les bulles. A l'article du *Diagnostic*, je me réserve de démontrer que ces places ne lui conviennent pas.

Non-seulement les auteurs ne s'entendent pas pour le classer, mais encore pour le décrire. Les uns le regardent comme très-douloureux, très-grave; d'autres comme une affection bénigne, qui guérit promptement par les seules ressources de la nature. D'où viennent ces contradictions? De ce que les uns ont tracé son histoire d'après les observations recueillies jusqu'à eux; et les autres, dédaignant les travaux antérieurs, l'ont écrit d'après ce qu'ils avaient eux-mêmes observés. On court risque de se tromper en suivant exclusivement l'une de ces deux méthodes. La première, que l'on regarde comme la meilleure, n'est pas toujours exempte d'erreur, en effet, pour les maladies simples. On recueille rarement les cas communs; mais, dès qu'il s'en présente quelques-uns d'extraordinaires, on s'empresse de les publier. On a agi ainsi pour le zoster jusqu'à ces dernières années, où, pour montrer le succès de la cautérisation, on a publié indifféremment tous les cas. D'un autre côté, nos seules observations ne doivent pas nous guider, et jamais l'on ne doit dédaigner les richesses déposées dans les archives de la science. Les premiers auteurs qui ont écrit sur cette maladie se sont plutôt attachés à en faire ressortir quelques symptômes insolites qu'à en donner une histoire détaillée. Mais une ère nouvelle s'est ouverte à la pathologie cutanée depuis les beaux travaux de *Wilan* et de M. le professeur *Alibert*; tous deux, à peu près à la même époque, ont donné chacun une classification de ces maladies bien supérieure à ce qui avait paru jusqu'alors; ils ont débrouillé ce cahos, et de ce dédale ont fait une science.

Le célèbre médecin de Saint-Louis a décrit sous le nom de *dartre plycténoïde en zone* l'affection dont nous nous occupons; mais, refondant sa classification, je ne sais quelle place il lui destine. *Bateman*, d'après *Wilan*, en donne l'histoire sous le nom d'*herpes zoster*,

et le range parmi les vésicules. Nous lui conservons ce nom et cette place, à l'exemple de M. *Biett*, dans ses excellentes leçons cliniques, et de MM. *Cazenave* et *Schedel* dans leur Traité des maladies de la peau. M. *Rayer*, dans son ouvrage sur les maladies cutanées, a cru devoir le décrire sous le nom de *zona*, et le transporter dans les bulles, à l'imitation de M. *Stanislas Gilibert*, qui le regarde comme une espèce de pemphygus. On est d'autant plus étonné de cette innovation, qu'on trouve le genre herpes, genre auquel appartient évidemment le zoster, placé dans le même ouvrage parmi les vésicules. M. *Rayer* lui-même convient de leur analogie, puisque dans le Dictionnaire de médecine, article *herpes zoster*, il dit « Cette maladie ne pourrait être « séparée des variétés précédentes (des variétés de l'herpes) dans une « classification méthodique; mais, comme il est beaucoup plus connu « en France sous le nom de *zona*, nous avons cru devoir en renvoyer « la description à cet article. »

Causes.

L'âge ne paraît pas influer beaucoup sur la fréquence du zoster; on le rencontre à peu près aussi souvent à toutes les époques de la vie. Si quelques auteurs assurent qu'il est plus commun dans la jeunesse, d'autres le croient plus fréquent dans la vieillesse. M. *Molinet* assure dans sa thèse qu'il se montre rarement avant quarante-cinq ans, assertion que l'expérience dément tous les jours. Mais si l'âge n'est pas une cause de fréquence, il est certainement une cause de gravité; en effet, presque toutes les observations de zoster offrant quelque intensité sont prises sur des vieillards.

L'été et l'automne semblent favorables à son développement: c'est l'opinion de beaucoup d'auteurs, et celle qu'a émise M. le professeur *Andral* dans ses savantes leçons d'hygiène; quelquefois cependant on en voit beaucoup au printemps. *Geoffroy*, dans un mémoire inséré parmi ceux de la société royale de médecine pour 1778, en cite une épidémie qui eut lieu au mois de mars de la même année. L'hiver

dernier, nous l'avons vu persévérer après avoir sévi avec violence pendant l'automne. Souvent il est périodique; on voit des personnes qui en sont atteintes chaque été ou chaque automne. On met au nombre de ses causes les changemens brusques dans la constitution atmosphérique, le froid survenu après des chaleurs excessives ; la suppression de la transpiration, des menstrues, du flux hémorrhoïdal ; la malpropreté, l'application sur la peau de corps irritans. Un accès de colère, des impressions morales vives peuvent par fois y donner lieu. D'après *Lorry*, personne n'en est plus fréquemment atteint que ceux qui font usage d'alimens stimulans et de boissons spiritueuses. *Langius* rapporte l'observation d'un zona qui succéda à la guérison d'un ulcère. Enfin, d'après *Bateman*, cette inflammation est parfois critique, et peut se montrer à la fin des inflammations intestinales et pulmonaires. *Klein* a vu un zona produire la guérison d'une cardialgie chronique; *Stanislas Gilibert*, la guérison d'une maladie chronique des intestins.

Quant aux causes premières, les auteurs ont fait des hypothèses toutes plus absurdes les unes que les autres. L'un attribue le zoster au virus syphilitique dégénéré ; l'autre, au virus pétéchial ; un troisième, à un produit rhumatico-catarrhal, etc., etc. Ne vaut-il pas mieux avouer son ignorance que de vouloir donner de pareilles explications. Si l'on est embarrassé pour trouver les causes immédiates du zoster, on ne l'est pas moins quand on veut expliquer pourquoi il ne dépasse jamais la ligne médiane; et soit qu'il se montre sur la figure, sur le tronc ou sur les membres, jamais il n'existe que d'un côté ; pourquoi enfin il se développe plus souvent à droite qu'à gauche. La division primitive du corps en deux parties, l'une droite, l'autre gauche, la plus grande activité des fonctions de la partie droite, pourraient peut-être servir de solution à ces questions.

Symptômes.

On peut diviser la marche du zoster en trois périodes : l'invasion, l'éruption et la dessiccation. Ces trois périodes ne sont pas bien tranchées, puisque toutes les vésicules ne se montrent pas en même temps, mais on les trouve toujours dans chaque groupe de vésicules; et, pour la facilité de l'étude des symptômes, j'ai cru devoir l'adopter.

Première période. La première période ou l'invasion se prend du commencement de la maladie à l'éruption. Sa durée, variable, est ordinairement de deux ou trois jours ; elle s'annonce en général par un frisson fébrile plus ou moins intense, une céphalalgie plus ou moins prononcée, de la soif, de l'anorexie; la langue se couvre d'un enduit muqueux blanchâtre ou jaunâtre; il survient un malaise général, une inquiétude vague, une agitation excessive, une insomnie fatigante ; dans quelques cas la respiration devient difficile, même sèche et sifflante. Presque toujours ces symptômes sont accompagnés de constipation ; il n'est pas rare de les voir manquer, et lorsqu'ils existent ils se présentent avec divers degrés d'intensité. Il en est d'autres tout à fait locaux qui ont lieu constamment : ils consistent dans un sentiment d'ardeur, de démangeaison, de douleur vive suivant la direction des nerfs, de chaleur âcre et brûlante dans la partie que menace l'éruption. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Lazare, une femme chez laquelle ces douleurs ont commencé trois mois avant l'éruption.

Seconde période. — Éruption. L'intensité et la durée de la première période fait pressentir la violence et l'abondance de l'éruption : celle-ci se fait communément la nuit ; elle s'annonce presque toujours par des picotemens cuisans, une sensation de brûlure, d'urtication; le malaise est quelquefois extrême et l'agitation à son comble. Alors se manifestent des taches irrégulières d'un rouge vif, réunies en forme de grapes, qui bientôt se couvrent d'une foule de petites saillies blan-

ches, comme argentées, qui ne tardent pas à augmenter de volume et à former de véritables vésicules transparentes. Dans trois ou quatre jours elles acquièrent leur summum de développement, qui est ordinairement de la grosseur d'une lentille; assez souvent quelques-unes dépassent ce volume, et forment de véritables bulles : l'humeur qu'elles contiennent prend une teinte opaline, devient séro-purulente, et se transforme quelquefois en véritable pus.

Les vésicules ne paraissent pas sur tout le corps indifféremment, il est des parties qu'elles affectent plus particulièrement. D'après la plupart des auteurs, elles apparaissent plus souvent à droite; cependant M. *Velpeau* assure avoir observé le contraire. Elles se développent sous forme de bandes, de deux à cinq pouces de largeur, sur la base de la poitrine, depuis la ligne médiane antérieure jusqu'à la postérieure. Cette demi-ceinture ne se montre pas en entier le premier jour, mais se déroule par plaques successives, et ce n'est souvent que cinq à six jours après l'apparition des premières vésicules que la demi-zone est complète. L'éruption commence tantôt à la colonne vertébrale, se propage de proche en proche jusque vers la région moyenne antérieure du tronc; tantôt elle suit une marche inverse. Le zoster n'a pas toujours cette forme et ce siége, quoique ce soit, pour ainsi dire, son lieu d'élection. Il se montre à toutes les hauteurs, soit sur la poitrine, soit sur l'abdomen. Souvent la bande est oblique, commence très-haut postérieurement et finit très-bas antérieurement. Souvent, formant une espèce de T, il embrasse l'épaule, le sommet de la poitrine, et s'étend comme un ruban le long du bras. La même forme peut se présenter au bassin et à la cuisse. Quelquefois la bande perpendiculaire existe seule, l'éruption manquant au tronc. On l'a vu se développer au cou, sur le cuir chevelu, au front, à la face. M. *Rayer* rapporte une observation d'un zona de la face remarquable par le développement simultané de vésicules sur la muqueuse de la joue, des gencives et du palais, et s'arrêtant précisément à la ligne médiane de la voûte palatine et de la luette.

Pendant cette période les symptômes généraux disparaissent très-

souvent; quelquefois, au contraire, quoique bien rarement, ils commencent à cette époque; cependant, quand les vésicules sont confluentes, l'inflammation vive, la fièvre, l'inappétence, les nausées persistent; la respiration devient plus difficile, les glandes s'engorgent dans certains cas; la douleur locale, le sentiment d'urtication persistent, et parfois augmentent. Ces symptômes ne sont pas toujours en rapport avec l'intensité de la phlegmasie : souvent avec un zoster discret le malade éprouve des douleurs intolérables et qui le privent de sommeil, tandis qu'elles sont beaucoup plus supportables dans d'autres circonstances, malgré le volume des phlyctènes et la violence de l'inflammation ; aussi la plupart des auteurs regardent cette douleur comme tout à fait névralgique. M. *Alibert* rapporte, dans son Traité des maladies de la peau, qu'un malade atteint de cette affection croyait être couché sur un porc-épic dont les pointes traversaient ses chairs ; qu'un autre, non moins malheureux que Prométhée, semblait sentir des vautours affammés qui lui dévoraient les entrailles.

Troisième période. — Dessiccation. Les vésicules étant parvenues au point où nous les avons laissées dans la seconde période, suivent une marche différente suivant l'intensité de la maladie. Lorsqu'il y a peu d'inflammation la sérosité peut être résorbée, les vésicules alors se flétrissent et s'exfolient; mais dans les cas les plus ordinaires cette résorption n'a lieu que dans quelques vésicules; les autres se rompent spontanément, et laissent échapper la sérosité qu'elles contiennent; l'épiderme se détache, le corps réticulaire est mis à nu ; les vésicules, rompues et privées de leur épiderme, forment autant de petites surfaces enflammées qui suppurent pendant quelques jours, ou se couvrent de petites croûtes jaunâtres, parfois brunâtres, ordinairement lamelleuses, qui demandent plus ou moins de temps pour se détacher de la peau. Il est à remarquer qu'à mesure que les vésicules se dessèchent, les aréoles inflammatoires qui les environnent, au lieu de diminuer, s'agrandissent tellement, que parfois elles se réunis-

sent, et ce n'est que lorsque les croûtes sont sur le point de se détacher que le cercle inflammatoire commence à diminuer. Les croûtes sont grises ou brunâtres, irrégulières; elles cèdent facilement à la pression du doigt; elles sont formées d'une matière albumineuse, disposée en lames superposées. C'est ordinairement du quinzième au vingtième jour qu'elles commencent à tomber, et du vingt-cinquième au trentième elles ont entièrement disparu; on ne voit plus que des taches rouges, qui diminuent insensiblement, et disparaissent au bout de peu de jours. Quelquefois, mais ces cas sont peu communs, et n'arrivent jamais que dans les zoster du thorax, il se forme de larges ulcérations, ou de véritables escharres, intéressant la peau en entier ou seulement en partie. Ce sont surtout les vésicules situées à la partie postérieure du tronc qui sont frappées de gangrène, soit par l'effet de l'inflammation, soit à la suite de la compression exercée par le décubitus. Il s'établit bientôt un travail éliminatoire, et ces escharres tombent plus ou moins rapidement, suivant l'âge et le degré de forces des individus. Après leur chute, on voit un fond blanc grisâtre parsemé de petits points rouges correspondant aux prolongemens celluleux et vasculaires. Les ulcérations qui succèdent sont ordinairement excessivement douloureuses, longues à guérir. Enfin, il est encore une autre terminaison rapportée par *J. Franck*, c'est la dégénération cancéreuse. Il dit, tome 2, page 146 : *Coram me habeo exulcerationem dimidii brachii ad spectum planè cancrosum exhibentem.* Borsieri parle d'un zona chronique; mais il est difficile d'admettre une pareille terminaison. Les auteurs ont beaucoup parlé des douleurs névralgiques qui persistent après la disparition de l'inflammation. Quoique quelques-uns les aient exagérées, et que d'autres les aient pour ainsi dire niées, elles n'en sont pas moins réelles. Dans certaines circonstances elles sont très-vives, augmentent pendant la nuit, privent le malade de sommeil, et durent quelquefois des mois et même des années.

Siége du zoster. Le zoster, si on le considère dans les cas simples,

est une phlegmasie qui consiste en une rubéfaction superficielle et une vésication de l'épiderme, d'où l'on voit que le siége de la maladie doit être entre le derme et son enveloppe extérieure, par conséquent, dans les systèmes vasculaire et nerveux, qui se ramifie à la surface extérieure du derme et à l'intérieur de l'épiderme, dans ce que l'on nomme *tissu réticulaire;* mais dans les cas plus graves, l'inflammation attaque une plus grande épaisseur du derme, et souvent le détruit dans toute son épaisseur.

Diagnostic.

Les seules affections cutanées avec lesquelles on puisse confondre le zoster, sont: l'érysipèle, le pemphygus et l'herpes phlyctœnodes. On évitera aisément ces erreurs de diagnostic, si l'on se rappelle les principaux caractères de ces diverses maladies. Ce n'est que lorsqu'il est accompagné de vésication que l'érysipèle peut être un sujet d'erreur. Dans l'érysipèle, la rubéfaction, uniformément développée, n'offre aucune aréole aux vésicules; dans le zoster, au contraire, la rubéfaction se montre par plaques tout à fait distinctes et limitées par des intervalles où la peau conserve sa couleur naturelle. Dans le premier la couleur rouge passe momentanément au blanc par la pression du doigt: ce phénomène ne s'observe pas dans le second. Dans l'érysipèle la tuméfaction de la peau est toujours fortement prononcés; dans le zona elle l'est très-peu. Enfin l'érysipèle se termine par la desquamation complète de la partie qu'il occupait; tandis que dans le zoster elle se borne aux seules vésicules, en respectant la peau intermédiaire. On ne le confondra pas avec le pemphygus, en se rappelant que dans l'un ce sont des vésicules et dans l'autre des bulles; que dans le pemphygus les petites tumeurs aqueuses sont toujours isolées et apparaissent irrégulièrement sur diverses régions du corps; que dans le zona elles sont beaucoup plus petites, affectent une forme régulière et n'occupant pour ainsi dire qu'une seule bande de la peau.

Dans ce dernier elles sont agglomérées sur un fond rouge ou entourées d'une aréole qui s'accroît progressivement, et forment des cercles d'autant plus grands que les phlyctènes sont plus anciennes. Les auréoles des pemphygus ne sont que peu prononcées et s'éteignent à mesure que les bulles se desséchent.

Il n'est pas toujours aussi facile de distinguer le zoster de l'herpes phlyctœnodes que des deux affections précédentes; les lésions élémentaires sont les mêmes, les formes seules sont différentes. L'herpes phlyctœnodes envahit plusieurs régions à la fois, paraît par plaques disséminées, sans forme régulière; le zona, au contraire, a une forme constante. L'erreur d'ailleurs serait sans inconvénient, puisque ces deux affections ne sont que des espèces du même genre.

Prognostic.

Plus l'on se rapproche de l'enfance de l'art, plus l'on consulte les auteurs anciens, plus on voit qu'ils regardaient le zona comme dangereux. Cependant, quoique *Tulpius* envisageât cette maladie comme sœur de la peste, il a soin de dire qu'elle en diffère en ce qu'elle n'est funeste qu'à un très-petit nombre : *occidens plerosque pestis, herpes, contrà, non nisi paucissimos.* (Liber 3, cap. 44.) Aujourd'hui on ne croit pas le zoster capable de produire la mort : en effet, le peu d'observations de mort survenues à sa suite ne sont pas assez détaillées pour mériter une entière confiance; mais MM. *Cazenave* et *Schedel* sont allés trop loin en avançant que cette affection est seulement incommode, lors même qu'elle est suivie d'ulcération. Quoi qu'il en soit, sa durée moyenne est de trois septénaires, et la maladie est toujours fort douloureuse et fort incommode. Chez les vieillards, les gens affaiblis par la misère, elle est plus longue et plus grave que chez les jeunes sujets. Quand elle se termine par ulcération ou par gangrène, la guérison est toujours plus tardive; dans ce dernier cas, elle se fait attendre de deux à trois mois. Les douleurs qui persistent

après la disparition de l'inflammation sont d'autant plus fâcheuses que la plupart des médications échouent contre elles. Enfin, le zoster est sujet à reparaître. M. *Alibert* rapporte l'observation d'une dame qui, depuis deux ans, voyait reparaître un zoster au renouvellement de chaque saison, et qui, alors même que les phlyctèmes s'évanouissaient, était en proie aux douleurs les plus cuisantes, qui suivaient le trajet de l'éruption.

Traitement.

Deux méthodes de traitement se présentent : l'une, qui consiste à laisser suivre à l'éruption sa marche ordinaire, seconder la nature et calmer les accidens ; l'autre à la faire avorter, est nommée pour cette raison *ectrotique*.

Première méthode. La première, suivie par la plupart des médecins, varie suivant l'intensité des symptômes. La première période, qui ressemble sous tant de rapports à celle des affections exhantématiques, se combat, comme dans celles-ci, par le repos, le régime antiphlogistique, les boissons tempérantes, quelquefois la saignée générale et même locale. Lorsque les vésicules se montrent sans fièvre, sans symptômes gastriques, les bains, les délayans sont les seuls moyens à lui opposer; mais si l'irritation est vive, les vésicules confluentes, s'il y a de la fièvre, de la douleur à l'épigastre, le traitement deviendra plus énergique : on ne devra pas craindre d'avoir recours à la saignée, surtout si l'on n'en a pas encore fait usage. Le sang, en effet, se recouvre presque toujours d'une couenne inflammatoire, et le zoster, qui menaçait d'être grave, suit une marche simple : une guirlande de sangsues appliquées autour de l'éruption modère l'inflammation et calme la douleur. Les symptômes du tube digestif, suivant qu'on les considère comme une inflamma-

tion ou comme un embarras gastrique, sont combattus par des sangsues ou par des vomitifs; on opposera à la constipation des lavemens émolliens ou des purgatifs. Quant au traitement topique proprement dit, voici les règles que l'on pourra suivre : dans le zona simple, on n'appliquera rien sur les vésicules; on attendra la dessiccation naturelle, ou bien, comme on le pratique dans plusieurs hôpitaux de Paris, on les saupoudrera avec de l'amidon ou de la poudre de lycopode. Généralement on défend d'ouvrir les vésicules; cependant j'ai vu employer ce moyen plusieurs fois : il m'a toujours paru hâter la gérison. M. le professeur *Récamier* s'en sert depuis longtemps, et s'en loue beaucoup. Pour le zoster accompagné d'une vive inflammation, on aura recours à un papier de soie huilé; par là on le préservera du frottement et du contact de l'air : dans les cas de douleurs très-intenses, on usera d'un liniment narcotique; ce topique calme assez promptement les douleurs. S'il se forme des ulcérations ou des escharres, on se conduira d'après les règles que donne la chirurgie en pareilles circonstances; on ne devra pas oublier cependant que les applications les plus simples produisent parfois des douleurs intolérables, qui forcent d'y renoncer.

En général, on doit bannir les émolliens. M. le professeur *Chomel*, dans ses leçons cliniques, rapporte l'observation d'un zoster qui, traité par les émolliens, fut suivi d'ulcérations profondes, qui demandèrent un temps très-long pour se cicatriser. On devra également s'abstenir des bains alcalins et des fumigations sulfureuses : cette médication, souvent très-utile dans les affections cutanées chroniques, ne ferait qu'accroître l'irritation et la sensibilité déjà trop développées. M. *Le Sénéchal* rapporte dans sa thèse l'observation d'un homme qui, traité par le sulfure de potasse et les bains sulfureux, a horriblement souffert pendant six semaines, et qui, au bout de ce temps, a vu se former de vastes escharres, dont la guérison a été longue et difficile. Quant aux douleurs qui persistent après la disparition de toute inflammation, on les voit résister aux traitemens les

plus rationnels; les bains y apportent presque toujours du soulagement. On a conseillé les vésicatoires, la poudre de stramonium, à la dose de un à deux grains par jour ; mais si ces médications comptent quelques succès, elles comptent aussi beaucoup de revers.

Deuxième méthode. Bateman dit que les vieux praticiens de son temps ouvraient les vésicules pour évacuer la sérosité qu'elles renfermaient, et les touchaient avec le nitrate de mercure. Ce mode de médication a été renouvelé, dans ces derniers temps, par MM. *Serres* et *Velpeau;* mais au nitrate de mercure ils ont substitué le nitrate d'argent. Ce traitement est très-simple : après avoir ouvert les vésicules, on humecte toute la surface enflammée avec de l'eau, ce qui se fait au moyen de la pulpe du doigt; on crayonne toutes ces parties de manière à les couvrir d'une dissolution concentrée de nitrate d'argent; ensuite on laisse la surface se dessécher à l'air libre, sans aucun pansement. Quelques médecins emploient une dissolution concentrée de nitrate d'argent; mais je crois que le premier mode de cautérisation doit être préféré à cause de sa simplicité. M. *Velpeau,* s'appuyant sur de nombreux succès, professe qu'on ne doit jamais traiter autrement, même lorsque le zona date de plusieurs semaines; regardant cette maladie comme tout à fait locale, il pense que le caustique doit l'arrêter, sans jamais la répercuter, parce qu'il la détruit instantanément : de plus, il affirme que la cautérisation n'a été suivie d'aucun accident, et n'a jamais manqué de réussir sur les sujets sur lesquels il l'a lui-même appliquée. En lisant avec attention les nombreuses observations consignées dans les divers journaux de médecine, on voit que la cautérisation ne fait que très-peu souffrir le malade, que le sentiment de brûlure, d'urtication disparaît dans la journée, que les symptômes gastriques cessent presque en même temps, qu'enfin la guérison est complète au bout de deux, trois ou quatre jours au plus. Si l'on compare ces résultats avec ceux obtenus par l'autre méthode,

je crois qu'on n'hésitera pas à choisir, et qu'on adoptera la cautérisation, au moins pour la généralité des cas; car le médecin ne doit pas rester simple spectateur de la marche des maladies; mais, quand il le peut, il doit guérir le plus promptement possible; et ici le médecin guérit réellement, puisqu'il réduit à deux ou trois jours une maladie dont la durée ordinaire est de trois ou quatre septénaires.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Ad extremos morbos extrema remedia exquisitè optima. *Ibid.*, *aph.* 6.

III.

Lassitudines spontè obortæ, morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

IV.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

V.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 4, *aph.* 46.

VI.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 13.